

Satysfakcja rodziny z opieki na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii: FS-ICU 24R©

Jak sobie radzimy?





















Chcielibyśmy poznać Państwa opinię na temat niedawnej hospitalizacji członka Państwa rodziny na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIiT)

Członek Państwa rodziny był pacjentem na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Poniższe pytania dotyczą ostatniego przyjęcia Państwa krewnego na OAIiT. Rozumiemy, że wielu lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników szpitala było zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Jesteśmy zainteresowani jak Państwo ogólnie oceniają jakoś świadczonej przez nas opieki. Rozumiemy, że był to trudny czas dla Państwa. Prosimy aby Państwo poświęcili chwilę czasu na wypełnienie tej ankiety, abyśmy wiedzieli co zrobiliśmy dobrze, a co możemy poprawić na naszym oddziale. Zapewniamy, że wszystkie informacje będą poufne. Lekarze i pielęgniarki, którzy opiekowali się Państwa krewnym nie będą w stanie zidentyfikować Państwa odpowiedzi

Część 1: Zadowolenie z Opieki





















Proszę o wybranie jednej odpowiedzi, która najlepiej odzwierciedla Państwa opinie. Jeśli pytanie nie jest związane z pobytem krewnego w OAIiT proszę wybrać wariant "nie dotyczy" "n/d"

CZY BYLI PAŃSTWO ZADOWOLENI Z JAKOŚCI TERAPII SWOJEGO KREWNEGO(PACJENTA)? JAK PAŃSTWO SA ZADOWOLENI:

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---------------------------------|
| <p>1. Troska oraz zrozumienie ze strony Personelu Uprzejmość, szacunek oraz empatia wobec członka Państwa rodziny.</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Leczenie objawów ? Jak dobrze personel OAIiT rozpoznał oraz leczył następujące objawy...</p> | | | | | | |
| <p>a. Jak dobrze personel OAIiT rozpoznał i leczył <u>ból</u> ?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>b. Jak dobrze personel OAIiT rozpoznał i leczył <u>trudności w oddychaniu</u> ?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>c. Jak dobrze personel OAIiT rozpoznał i leczył <u>pobudzenie psycho-ruchowe</u></p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |

Jak sobie radzimy? Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego

Nasz stosunek do Państwa? Czy są Państwo zadowoleni:

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---------------------------------|
| <p>3. Zainteresowanie Państwa potrzebami? W jakim stopniu personel OAiT był zainteresowany Państwa potrzebami?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Wsparcie emocjonalne? W jakim stopniu personel OAiT wspierał Państwa emocjonalnie?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Koordinacja opieki? Jak ocenia Pan/Pani pracę zespołową personelu OAiT, który sprawował opiekę nad Państwa krewnym?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>6. Troska oraz zrozumienie personelu OAiT? W jakim stopniu otrzymali Państwo współczucie, zrozumienie oraz uprzejmość od personelu OAiT?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |

Personel OAiT : Jak Państwo są zadowoleni :





















- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---------------------------------|
| <p>7. Umiejętności i kompetencje pielęgniarek OAiT? Jak Państwo oceniają sprawowanie opieki and krewnym przez pielęgniarki?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>8. Częstotliwość kontaktu z pielęgniarką OAiT ? Jak Państwo oceniają częstotliwość kontaktu na temat opieki nad pacjentem z pielęgniarką OAiT?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>9. Umiejętności i kompetencje lekarzy OAiT (Wszystkich lekarzy również z rezydentami)? Jak Państwo oceniają sprawowanie opieki nad Państwa krewnym przez lekarzy?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |

**Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego**

Poczekalnia

10. Jak Państwo oceniają nastrój panujący w poczekalni OAiT?
- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | N/D |
| Bardzo Niezadowolony | Trochę Niezadowolony | W większości Zadowolony | Zadowolony | Bardzo zadowolony | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

11. Jak Państwo oceniają atmosferę panującą na OAiT?
- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | N/D |
| Bardzo Niezadowolony | Trochę Niezadowolony | W większości Zadowolony | Zadowolony | Bardzo zadowolony | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
12. Jak Państwo są usatysfakcjonowani z udzielonych informacji po obchodzie na oddziale?
- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | N/D |
| Bardzo Niezadowolony | Trochę Niezadowolony | W większości Zadowolony | Zadowolony | Bardzo zadowolony | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
13. Jak bardzo Państwo są zadowoleni z udziału w opiece nad Państwa krewnym?
- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | N/D |
| Bardzo Niezadowolony | Trochę Niezadowolony | W większości Zadowolony | Zadowolony | Bardzo zadowolony | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
14. Niektórzy Pacjenci oczekują aby zrobiono wszystko co możliwe, żeby rozwiązać ich problemy zdrowotne, podczas gdy inni nie oczekują tego.
W jakim stopniu Państwo są zadowoleni z poziomu i zakresu opieki, jaką otrzymał członek Państwa rodziny na OAiT?
- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | N/D |
| Bardzo Niezadowolony | Trochę Niezadowolony | W większości Zadowolony | Zadowolony | Bardzo zadowolony | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |

Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego































**CZĘŚĆ 2 : ZADOWOLENIE RODZINY Z PODEJMOWANIA DECYZJI
DOTYCZĄCEJ OPIEKI NAD KRYTYCZNIE CHORYM PACJENTEM**

INSTRUKCJE DLA RODZINY KRYTYCZNIE CHORYCH PACJENTÓW

Celem tej części ankiety jest sprawdzenie jak Badany ocenia stopień udziału w podejmowaniu decyzji dotyczącej terapii członka swojej rodziny. Na OAiIT Państwa krewny podlegał opiece, która była sprawowana przez różny personel medyczny. Chcielibyśmy aby Państwo ocenili poziom opieki medycznej nad pacjentem przebywającym na OAiIT.

Proszę o wybranie jednej odpowiedzi, która najlepiej odzwierciedla Państwa opinie . Jeśli pytanie nie jest związane z pobytem członka Państwa rodziny w OAiIT proszę wybrać wariant "nie dotyczy" "n/d"

Potrzebne informacje Czy jest Pan/Pani zadowolony z:

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---------------------------------|
| <p>15. Częstotliwość komunikacji z lekarzem. Jak często lekarze rozmawiali z Państwem o stanie zdrowia pacjenta?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo Zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>16. Łatwość zdobywania informacji Jak Państwo oceniają gotowość personelu do udzielenia odpowiedzi na Państwa pytania?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>17. Zrozumienie przekazanych informacji Jak dobrze personel OAiIT wytłumaczył Państwu informacje dotyczące stanu zdrowia Państwa krewnego?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>18. Wiarygodność informacji Czy są Państwo zadowoleni z wiarygodności oraz rzetelności przekazywanych informacji?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>19. Kompletność informacji Jak dobrze personel poinformował Państwa co się działo z pacjentem oraz jakie czynności i dlaczego właśnie one były wykonane przy pacjencie?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |
| <p>20. Spójność informacji Czy otrzymali Państwo takie same informacje od pielęgniarek jak i od lekarzy?</p> |  Bardzo Niezadowolony <input type="checkbox"/> 1 |  Trochę Niezadowolony <input type="checkbox"/> 2 |  W większości Zadowolony <input type="checkbox"/> 3 |  Zadowolony <input type="checkbox"/> 4 |  Bardzo zadowolony <input type="checkbox"/> 5 | N/D <input type="checkbox"/> |

***Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego***

Proces podejmowania decyzji

Podczas pobytu członka Państwa rodziny na OAIT, zostało podjętych wiele ważnych decyzji dotyczących opieki nad pacjentem. Z poniższych pytań proszę wybrać tylko jedną odpowiedź:

21. W jakim stopniu czuli się Państwo zaangażowani w proces podejmowania decyzji?

- 1 Czułem/am się całkowicie niezaangażowany/a
- 2 Nie czułem/am się do końca zaangażowany/a
- 3 Nie czułem/am, że jestem zaangażowany/a lub nie zaangażowany/a w proces podejmowania decyzji
- 4 Poczuję/am się w jakiś sposób zaangażowany/a
- 5 Poczuję/am się całkowicie zaangażowany/a

22. Czy czuli Państwo, że Państwa opinia jest wspierana w procesie podejmowania decyzji?

- 1 Czułem/am że moja opinia w ogóle nie była wspierana
- 2 Czułem/am, że moja opinia była trochę nie wspierana
- 3 Czułem/am, że moja opinia nie była, ani była wspierana
- 4 Czułem/am, że moja opinia była trochę wspierana
- 5 Czułem/am, że moja opinia była bardzo wspierana

23. Czy czuli Państwo, że mieli wpływ na leczenie swojego krewnego?

- 1 Czułem/am, że nie mam absolutnie żadnego wpływu na proces leczenia i że system opieki zdrowotnej wziął pełną kontrolę nad terapią członka mojej rodziny
- 2 Czułem/am, że mam niewielki wpływ nad proces leczenia a system opieki zdrowotnej przejął kontrolę i nadzór nad terapią członka mojej rodziny
- 3 Nie czułem/am, że mam wpływ lub nie mam wpływu nad proces leczenia członka mojej rodziny
- 4 Czułem/am, że mam pewien wpływ na proces leczenia członka mojej rodziny
- 5 Czułem/am, że mam całkowity wpływ nad proces leczenia członka mojej rodziny

24. Czy w trakcie podejmowania decyzji mieli Państwo wystarczająco dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy i uzyskać odpowiedzi na swoje pytania?

- 1 Nie miałem/am wystarczająco dużo czasu
- 2 Nie miałem/am dużo czasu
- 3 Nie miałem/am czasu, ani miałem/am czas
- 4 Miałem/am czas
- 5 Miałem/am wystarczająco dużo czasu

Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego

Jeśli członek Państwa rodziny zmarł na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania(25-27). Jeśli Państwa krewny żyje, proszę pominąć te pytania i przejść do pytania 28.

25. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje Państwa opinię?

- 1 Czułem/am, że życie mojego krewnego przedłuży się nadaremnie
- 2 Czułem/am, że życie mojego krewnego zostało w pewnym stopniu przedłużone nadaremnie
- 3 Czułem/am, że życie mojego krewnego nie zostało przedłużone ani skrócone
- 4 Czułem/am, że życie mojego krewnego zostało w pewnym stopniu skrócone nadaremnie
- 5 Czułem/am, że życie mojego krewnego zostało skrócone nadaremnie

26. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej odzwierciedla Państwa opinię na temat ostatnich godzin życia członka Państwa rodziny?

- 1 Uważam, że krewny czuł się bardzo niekomfortowo
- 2 Uważam, że krewny czuł się trochę komfortowo
- 3 Uważam, że krewny czuł się ani niekomfortowo, ani komfortowo
- 4 Uważam, że krewny czuł się komfortowo
- 5 Uważam, że krewny czuł się bardzo komfortowo

27. W ciągu ostatnich kilku godzin przed śmiercią Państwa krewnego, która z poniższych odpowiedzi pasuje do Państwa opinii:

- 1 Czułem/am się bardzo opuszczony/a przez personel medyczny
- 2 Czułem/am się w pewnym stopniu opuszczony/a przez personel medyczny
- 3 Czułem/am się ani opuszczony/a ani wspierany/a przez personel medyczny
- 4 Czułem/am się w pewnym stopniu wspierany/a przez personel medyczny
- 5 Czułem/am się bardzo wspierany/a przez personel medyczny

Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego

28. Czy mają Państwo jakieś sugestie, jak ulepszyć opiekę na OAiIT?

29. Jeśli mają państwo pozytywne odczucia na temat sprawowanej opieki nad Państwa krewnym, proszę poniżej wymienić.

30. Czy mają Państwo propozycje, dotyczące poprawy jakości opieki nad pacjentem i członkami jego rodziny?

**Jak sobie radzimy?
Państwa opinia na temat hospitalizacji Państwa krewnego**

DANE DEMOGRAFICZNE:

Proszę o podanie kilku informacji na Państwa temat i jakie są relacje między Państwem a pacjentem

1. **Jestem :** Mężczyznę Kobieta

2. **Mam _____ lat**

3. **Wykształcenie:**
 wykształcenie podstawowe
 wykształcenie zawodowe
 wykształcenie średnie
 wykształcenie wyższe

4. **Dla pacjenta jestem:**
 Żona Mąż Partner
 Matka Ojciec Siostra Brat
 Córka Syn Inny (Proszę sprecyzować): _____

5. **Czy jest to pierwsze doświadczenie Państwa jako członka rodziny pacjenta, który przebywa na OAIIT?**
 Tak Nie

6. **Czy mieszkają Państwo z pacjentem** Tak Nie
Jeśli nie to jak często widywał się Pan/Pani z pacjentem ?
 Częściej niż raz w tygodniu co weekend co miesiąc co rok rzadziej niż raz w roku

7. **Gdzie Pan/Pani mieszka?**
 w miejscowości, gdzie mieści się szpital w innej miejscowości

Dziękujemy bardzo za Państwa poświęcony czas oraz Państwa opinie